

PREPUBERTAL ERKEK JİNEKOMASTİSİ (x)

Dr. Kamil Tanyeri (xx)

Ö Z E T

Çocuklarda anormal veya erken göğüs gelişmesi aileyi telaşa veren ve sık görülen bir bulgudur.

Bu yazıda çocukluk yaşlarındaki anormal göğüs gelişmeleri gözden geçirilmiş, ender görülen prepubertal jinekomastili 7 yaşında bir erkek çocuğu takdim edilmiştir. Hikâyeden göğüs gelişmesinin 3 yıldır dikkati çektiği, koltuk altı ve jenital bölgede kullanma olmadığı öğrenildi. Fizik muayenede sistemler normaldi, her iki meme dokusu gelişmişti. Batın gevşekti, karaciğer ve dalak ile batında anormal bir kitle palpe edilemiyordu.

Zekâ yaşı ve el bilek grafisindeki kemik yaşı kronolojik yaşa uyuyordu. Karaciğer fonksiyon testleri ve İ.V.P normaldi. 24 saatlik idrarda 17 ketosteroidler 4,6 mg. idi. Göğüsten alınan biyopside meme dokusu içerisinde yer yer duktuslara rastlandı. Hasta 3 er aylık aralıklarla kontrole alındı.

Jinekomasti yapan nedenler üzerinde duruldu. Östrojen ve androjenlerin jinekomastideki yeri tartışıldı. Ayırıcı tanıda adrenel bozukluklar, testisin interstisyel hücreli tümörleri, feminizan adrenal tümörler, gonadotropin salgılayan tümörler, karsinomlar, lipomlar, nörofibromlar ve hemanjiomların göz önüne alınmasının gereği belirtildi.

G İ R İ Ő

Çocuklardaki anormal veya erken göğüs gelişmeleri aileyi telaşa veren ve özellikle çocuk hekimleri tarafından sık görülen bir bulgudur. Bunlar arasında yeni doğanın göğüs şişlikleri kız çocuklar-

da erken yaşlarda diğer herhangi bir maturasyon belirtisi olmadan teşekkül etmiş izole göğüs gelişmeleri (pre-mature thelarcthe), erken (precox) pubertedeki göğüs gelişmesi, adolesan

(x) Türkiye Milli Çocuk Sağlığı ve Pediatri Kongresinde, İzmir 28-30 Eylül 1976, bildirilmiştir.

(xx) Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği Profesörü, Endokrinoloğ.

devrede göğüslerin virjinal hiperplazisi ve erkeklerdeki adolesan jinekomastisi sayılabilir. Fakat prepubertal erkeklerde jinekomasti, kızlardakinin aksine pek fazla değildir. Bu konuda yazılanlarda azdır. Literatürde yayınlanan vaka sa-

yısı 1965 a kadar 10, Şubat 1972 ye kadar 23 tanedir (1).

Nadir görülmesi nedeni ile kliniğimizde tesbit ettiğimiz bir preadolesan jinekomastisini takdim etmeyi ve ilgili literatürü gözden geçirmeyi uygun bulduk.

V A K A T A K D İ M İ

C.K. 7 yaşında erkek çocuğu göğsünün büyümesi şikâyeti ile müracaat

etti. Göğsündeki gelişmenin ailenin iki üç yıldır dikkatini çektiği öğrenildi.

FİZİK MUAYENE

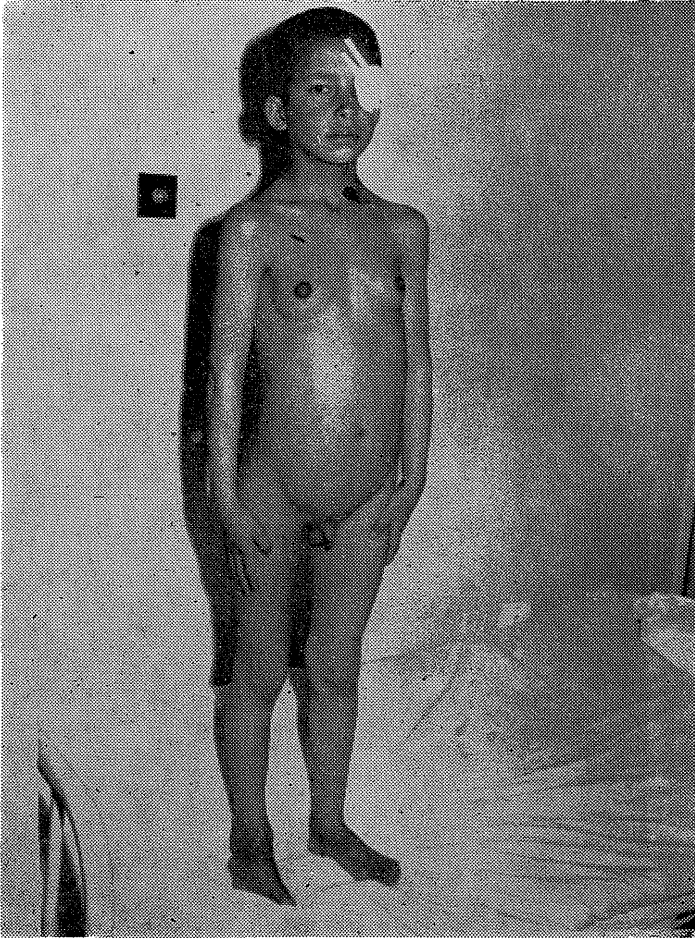
Ateş 36,5°C., Nabız 75/dak. TA 100/60. Genel durum iyi, sistem muayeneleri normaldi. Her iki meme dokusu gelişmişti. Koltuk altında ve jenital bölgede kıllanma yoktu. Batın gevşekti. Karaciğer, dalak ve batında anormal bir kitle palpe edilemedi (Resim 1,2).

Laboratuvar bulgularında hemoglobinin % 12 gr., BK. 5200 idi. Zekâ yaşı ile el bilek grafisindeki kemik yaşı

kronolojik yaşına uyuyordu. Karaciğer fonksiyon testleri ve İ.V.P. normaldi. 24 saatlik idrarda 17 ketosteroidler 4,6 mgr. dı.

Bağ dukusu arasında bazıları genişlemiş ve sayıca artmış duktuslar ve ve duktusların epitellerinde proliferasyon tesbit edildi (Resim 3,4).

Hasta 3-6 ay aralıklarla kontrole çağrıldı.

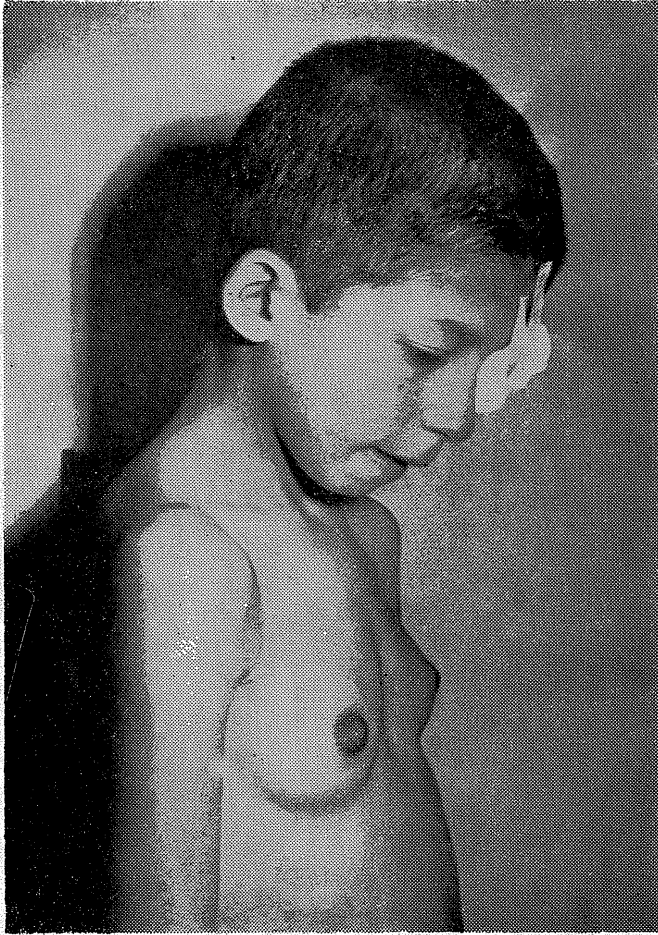


Resim 1-

gerekli olduğu takdirde, bu alanda
bilimsel araştırmaların yapılması
ve bu alanda bilimsel araştırmaların
yapılması için gerekli olan bilimsel
araştırmaların yapılması için gerekli
olan bilimsel araştırmaların yapılması
için gerekli olan bilimsel araştırmaların
yapılması için gerekli olan bilimsel
araştırmaların yapılması için gerekli
olan bilimsel araştırmaların yapılması

ve bu alanda bilimsel araştırmaların
yapılması için gerekli olan bilimsel
araştırmaların yapılması için gerekli
olan bilimsel araştırmaların yapılması

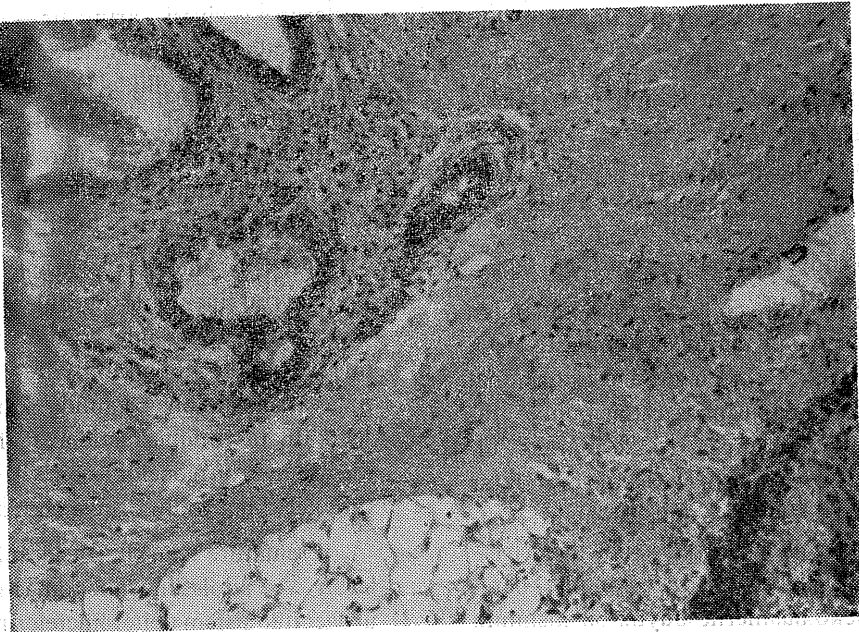
bu alanda bilimsel araştırmaların
yapılması için gerekli olan bilimsel
araştırmaların yapılması için gerekli
olan bilimsel araştırmaların yapılması
için gerekli olan bilimsel araştırmaların
yapılması için gerekli olan bilimsel
araştırmaların yapılması için gerekli
olan bilimsel araştırmaların yapılması



Resim 2-



Resim 3-



Resim 4-

T A R T I Ő M A

Biz vakamızda muhtemelen idiyopatik bir prepubertal erkek jinekomasti düşündük ve 3-6 ay aralıklar takibe aldık.

İdiyopatik jinekomasti tanısı konulmadan önce jinekomasti yapan bütün sebepler ekarte edilmiş olmalıdır. Aşağıda çocuklarda jinekomasti yapan nedenler sıralanmıştır:

1- İlaçlara Bağlı Jinekomastiler:

Östrojenler:

Geriatrik tonikler.

Adrojenler:

Ekzojen,

Endojen.

Gonadotropinler.

2- Tümörlere Bağlı Jinekomastiler:

Feminizan adrenal tümör,
Testisin interstisiyel hücreli tümörleri,

Gonadotropin salgılayan hücreli tümörler,

Meme karsinomu,

Lipomla,

Nörofibromlar,

Hemanjiyomlar.

3- İdiyopatik Jinekomastiler.

Bunlar arasında dışardan kullanılan ilaçlar en sık olarak jinekomastiye yol açmaktadır. Östrojenler, diğer hormonal ve nonhormonal preparatlar bunlar arasındadır. Yaşlılarda tonik olarak kullanılan bazı ilaçların içerisinde bir miktar östrojen olduğu unutulmamalıdır. Östrogenlerin göğüs gelişmesi ile ilgileri eskidenberi bilinmektedir. Bununla beraber jinekomastilerin büyük bir kısmının östrojen fazlalığı ile alakası yoktur.

Androjenler ister ekzojen olsunlar ister adrenal bozukluklarda ve testisin interstisiyel hücreli tümörlerinde olduğu gibi endojen olsunlar jinekomasti husule getirebilirler (2-4).

Çok fazla konsantrasyondaki gonadotropinler de jinekomasti yapabilirler (5-7).

Erkek jinekomastilerinde tümörlerin yeri büyüktür. Herhangi bir yaşta görülen jinekomastiler endokrin tümörler yönünden muhakkak araştırılmalıdır. Üzerinde durulacak başlıca tümörler feminizan adrenal tümör, testisin interstisiyel hücreli tümörleri ve gonadotropin salgılayan tümörlerdir (5-8).

Feminizan adrenal tümörlerde 17-kestteroidler ve östrojenler artmıştır. Testisin interstisiyel tümörlerinde testiste nodul palpe edilebilir veya testis anormal büyüklüktedir. İdrarda ve plazmada testesteron seviyesi artmıştır. Gonadotropin salgılayan tümörlerde total gonadotropinler özellikle korionik gonadotropinler artar. Korionik gonadotropinlerle immunolojik olarak cross-reaktif olduklarından luteinizan hormon konsantrasyonu yüksek bulunur.

Testisin interstisiyel tümörlerinde prepubertal jinekomasti görülebilir, şimdiye kadar bu şekilde 5 vaka yayınlanmıştır (4). Histopatolojik tetkikte bu tip vakaların bir kısmında kanalların sistik dilatasyonuna rastlanır (9-12). Sistik dilatasyon genellikle bir yıl gibi bir süre geçtikten sonra ortaya çıkmaktadır.

Prematüre telarkili (thelarcphe) kızlarda ve adolesan jinekomastilerinde urogenital sistem epitel hücrelerinde estrojen miktarı hafif artmıştır (13,14). Bu-

unla beraber idrardaki total estrogen miktarında artma görülmez (15).

Prematür telarkide ve muhtemelen idyopatik prepubertal erkek jinekomas-tilerde dolaşımdaki estrogen normal kon-santrasyonlardadır. Fakat end-organlar-da estrojene karşı sensitivite artmıştır. Bununla beraber prematür telarkide bazı vakalarda serum luteinleştirin hormonu ve folikülü stimüle eden hormon ve estradiol miktarı yüksek bulunursa da (16) serum lüteinleştirin hormon (LH), follükülü stimüle eden hormon (FSH) ve estradiol tayini her zaman etiyolojiyi

aydınlatamaz. Zira estrogen seviyesi normal dönmüş olan vakalarda çoğu kere östrojenin biolojik etkisi uzun süre daha sebat etmektedir.

Jinekomasitler genellikle hipentrofi ile ilgilidir. Bunun dışında nadir de olsa tümöral değişikliklere rastlanabileceği hatırdan çıkarılmamalıdır. Tümörler ara-sında karsinom pek nadirdir (17), 1958 e kadar yalnız 33 (18), 1969 a kadar 34 vaka (19) yayınlanmıştır. Lipon-lar, nörofibromlar ve hemanjyonlar da jinekomasti ile beraber görülebilir (18,19).

S U M M A R Y

PREPUBERTAL MALE GYNECOMASTIA

A 7 years old boy with prepubertal gynecomastia is presented. The micro-s-copic examination of the breast tissue

showed cystic dilatation of the ducts. The possible causes of prepubertal gynecomastia were discussed.

K A Y N A K L A R

1. August, G.P., Chandra, R., Hung, W.: Prepubertal male gynecomastia. J. Pediat. 2: 259, 1972.
2. Editorial: Gynecomastia. Lancet 2: 1548, 1964.
3. Marchandise, B., and Lederer, J.: Gynecomastia par exces de dihydro-epi androsterone. Rev. France, Endocrinol. Clin. 7: 383, 1966.
4. Johnstone, G.: Prepubertal gynae-comastia in association with an interstitial cell tumour of the testes. Br. J.Urol. 39: 211, 1967.
5. Rudnick, P., and Odell, W.D: In search of a cancer N. Engl. J. Med. 284: 405, 1971.
6. Klinefelter, H.F., Reifenstein, F.C., and Albright, F.: Syndrome characterized by gynecomastia, asperma-togenesis without A-leydigism and increased excretion of follicles ti-mulating hormone., J. Clin. Endoc-rinol. Metab. 2: 615, 1942.
7. Heller, G. G., Nelson, W. O., and Roth, A. A.: Functional prepubertal Jastration in males J. Clin. Endoc-rinol. Metab. 3: 573, 1943.
8. August, G. P.: Diagnosis of disor-ders of sexual maturation. Pediatr. Clin. North. Am. 18: 313, 1971.
9. Menville, J. G.: Gynecomastia. Ar-ch. Surg. 26: 1054, 1933.

10. Chumachenko, P. A.: On the problem of pathological changes of the human breast in childhood. *Arkh. Patol.* 30: 56, 1968.
11. Angust, G. P., Chadra, R., Hung, W.: Prepubertal male gynecomastia. *J. pediatrics* 80: 259, 1972.
12. Karsner, H. T.: Gynecomastia. *Am. J. Pathol.* 22: 235, 1946
13. Collett-Solberg, P.R., and Grumbach, M. M.: A simplified procedure for evaluating estrogenic effects and the sex chromatin pattern in exfoliated cells in urine: Studies in premature thelarche and gynecomastia of adolescence. *J. Pediatr.* 66: 883, 1965.
14. Preeyasombat, C., and Kenny, F.M.: Urocytogram in normal children and various abnormal conditions. *Pediatrics*, 38: 436, 1966.
15. Jull, J.W., and Dossett, J.A.: Hormone excretion studies of gynecomastia of puberty. *Br. Med. J.* 2: 795, 1964.
16. Jenner M. R., Kelch, R. P., Kaplan, S.L., and Grumbach, M.M.: Plasma estradiol in prepubertal children, pubertal females, and in feminizing ovarian tumor. Abstract, *Am. Pediatr. Soc., Atlantic City, N. J.*, 1971, p. 5.
17. Herman, J. B.: In Ariel, I. M., and Pack, G. T., editors: *Cancer and allied diseases of infancy and childhood*, Boston, 1960, Little, Brown Company.
18. Simpson, J., and Barson, A. J.: Breast tumours in infants children: A 40-year review of cases at a children's hospital. *Can. Med. Assoc. J.* 101: 100, 1969
19. Fienman, N. L., and Yakovac, W. C. Neurofibromatosis in childhood. *J. Pediatr.* 76: 339, 1970.